

Cechy osobowości partnerów w związkach nieskonsumowanych

Personality traits of partners in unconsumed relationships

Ewa Małachowska, Sławomir Jakima

Prywatna Praktyka w Warszawie

Streszczenie

Związek nieskonsumowany jest problemem rzadko opisywanym w literaturze medycznej. Przyczyny organiczne występują stosunkowo rzadko. Częstym powodem są przyczyny psychogenne, głównie pochwica partnerki. Dużą rolę w utrzymaniu tej sytuacji odgrywa osobowość dwojga partnerów. Badaniami osobowości objęto 62 osoby (31 kobiet i 31 mężczyzn) będące w związku nieskonsumowanym, leczone w latach 2002–2006 w warunkach ambulatoryjnych. Wyniki wskazują na wyższy poziom neurotyczności u kobiet, podwyższoną gotowość do reagowania lękiem. Mężczyźni wykazują wysoką sumienność i ugodowość.

Słowa kluczowe: związek nieskonsumowany, osobowość, pochwica

Abstract

The unconsumed marriage is an issue which is touched on very rarely in medical literature. The main sources of those problems are psychogenic, mainly vaginismus, rather than organic. The main roles in such cases play personalities of partners. In this survey 62 (31 males and 31 females) persons were examined. All patients were living in unconsumed marriage and have been treated in ambulatory environment in the period of time from 2002 to 2006. The outcome identified higher level of neurosis and anxiety reactions in case of females, while males showed high levels of scrupulousness and amicability.

Key words: unconsumed relationships, personality, vaginismus

Wstęp

Związek nieskonsumowany, określany też jako małżeństwo nieskonsumowane, „białe”, jest problemem stosunkowo rzadko omawianym w publikacjach medycznych. Zjawisko to jest jeszcze mało znane, chociaż — paradoksalnie — jest nierzadko spotykane w praktyce ginekologicznej i seksuologicznej.

Małżeństwo nieskonsumowane (*matrimonium non consumatum* [łac.], *unconsummated marriage* [ang.]) oznacza niemożność podjęcia współżycia

płciowego przez partnerów, brak stosunków płciowych dopochwowych od samego początku związku, mimo prób ze strony jednego lub obojga małżonków.

Z powodu braku współżycia w wielu związkach praktykuje się zastępcze formy seksu, utrzymując często taki stan przez wiele lat. Charakterystycznym zjawiskiem są pojawiające się zaburzenia erekcji u męża po wyleczeniu żony. Małżeństwo w dalszym ciągu pozostaje „białe”, zmienia się tylko przyczyna [1].

Niewiele jest też publikacji związanych z tym tematem. Imieliński dokonał analizy 43 nieskonsumowanych małżeństw, które badał na przestrzeni dziesięciu lat (1959–1970) [2]. Z powyższych małżeństw 36 zgłosiło się z chęcią podjęcia leczenia, 6 po zbadaniu nie podjęło prób leczenia, 1 małżeństwo zostało skierowane przez sąd w celu wydania orzeczenia w toczącym się procesie rozwodowym. Wśród badanych 43 małżeństw przyczyną braku konsumpcji małżeństwa były zaburzenia seksualne.

Adres do korespondencji:
mgr psych. Ewa Małachowska
ul. Kontytucji 6/59, 00–550 Warszawa
tel.: 602 630 827
e-mail: ewa2112@op.pl

Nadesłano: 20.07.2007

Przyjęto do druku: 10.11.2007

W publikacji „Diagnostyka, terapia i rokowanie przypadków nieskonsumowanych małżeństw na podstawie materiału klinicznego” przeanalizowano 12 par nieskonsumowanych związków leczonych w latach 1981–1983 w Zakładzie Seksuologii i Patologii Więzi Międzyludzkich CMKP w Warszawie. Najczęstszą przyczyną braku konsumpcji małżeństwa była pochwica u kobiet i zaburzenia erekcji u mężczyzn. Przy istniejącej pochwy u żony występowały okresowe zaburzenia erekcji u męża [3].

Obszerniejszej analizy nieskonsumowanych związków dokonał Starowicz. Przeprowadził badania 41 par, w tym 17 skierowanych przez sądy rodzinne i 24, które zgłosiły się z własnej inicjatywy. Wśród badanych 41 par, w 13 przypadkach rozpad więzi był tak głęboki, że wszelkie próby ratowania związku okazały się nieskuteczne i zakończyło się to rozwodem oraz unieważnieniem małżeństwa przez kościół [4].

Analiza 200 przypadków nieskonsumowanych małżeństw w Iranie wykazała u mężczyzn: wytrysk przedwczesny (23%), zaburzenia erekcji (61%), zaburzenia mieszane (16%). W artykule tym nie podano problemów występujących u kobiet. Jednakże warunki kulturowe panujące w krajach muzułmańskich narzucają konieczność pełnej gotowości seksualnej przede wszystkim u mężczyzn, co może skutkować kłopotami w tej sferze [5].

Na XVII Światowym Kongresie Seksuologii, który odbył się w lipcu 2005 roku w Montrealu, przedstawiono prace związane z problemem związków nieskonsumowanych. Z materiałów dotyczących 430 pacjentów leczonych w latach 1999–2002 w Pakistanie wykazano u 78% kobiet pochwicę i u 22% dyspareunię, zaś u 24% mężczyzn zaburzenia erekcji [6].

Badania związków nieskonsumowanych w Hong Kongu dotyczyły 31 par, w których 61% kobiet miało pochwicę, a u 16% mężczyzn wystąpiły zaburzenia erekcji. Resztę stanowiły zaburzenia mieszane [7].

Problem nieskonsumowanych związków występuje również w małżeństwach ortodoksyjnych Żydów. Ribner i Rosenbaum w pracy poglądowej opisują problem braku współżycia spowodowany głównie pochwicą u kobiet. Wiąże się to przede wszystkim z lękiem wynikającym z dość restrykcyjnego spojrzenia na problem stosunków płciowych związanym z nakazami religijnymi [8].

Przyczyny tego problemu są bardzo złożone, można je podzielić na organiczne, psychogenne i diadyczne. W większości przypadków brak rozpoczęcia współżycia wiąże się z czynnikami psychogennymi i diadycznymi, bardzo rzadko spotyka się przyczyny organiczne.

Przyczyny psychogenne

Stanowią one najczęstszy i najważniejszy powód braku rozpoczęcia współżycia płciowego. Podstawową i najczęstszą przyczyną ze strony kobiety jest pochwica (*vaginismus*).

Z badań epidemiologicznych wynika, że pochwica występuje u około 2–4% kobiet. W populacji polskiej dotyczy 2,3% kobiet [9]. Pochwica jest szczególną postacią dysfunkcji seksualnych. Istotą zaburzenia jest odruchowe, niezależne od woli silne skurczenie mięśni zamykających ujście pochwy i innych mięśni dna miednicy, w wyniku czego powstaje zaporą uniemożliwiająca odbycie stosunku seksualnego. Ma ono charakter odruchu obronnego, który jest wywołany rzeczywistą, przewidywaną lub nawet tylko wyobrażaną próbą penetracji [10]. Skurcze mięśni mogą być tak silne, że są odczuwane przez kobietę bardzo boleśnie. Intensywność bólu bywa zróżnicowana, ale jest on na tyle duży, że wywołuje u kobiety niemiłe doznania, powoduje cierpienie i uniemożliwia kontynuowanie prób zbliżeń. Wyróżnia się cztery stopnie zaawansowania pochwy:

- najtrudniejszy — przeprowadzenie waginalnych badań lekarskich jest niemożliwe bez narkozy;
- ciężki — niemożliwe jest włożenie palca, tamponu;
- trudny — można wprowadzić palec, ale w żadnym wypadku członek;
- lekki — włożenie członka jest czasami możliwe, ale zawsze bardzo bolesne [10].

Wiele kobiet z tą dolegliwością nigdy nie dało się zbadać ginekologicznie, nie używało tamponów, globulek. Jak widać, pochwica uniemożliwia również dbanie o zdrowie (nie można pobrać wymazu z szyjki macicy) i prokreację.

Kobiety z tym schorzeniem często przez wiele lat nie odbywają stosunków płciowych, mimo że spotykają się z mężczyznami lub są w związku małżeńskim. W wielu związkach, w których nie dochodzi do współżycia i taki stan się utrzymuje, partnerzy praktykują zastępcze formy współżycia. Często jednak kobiety z pochwicą stwierdzają, że po okresie względnej harmonii w kontaktach seksualnych, ale bez stosunków płciowych, u ich partnerów, rozczerowanych lub upokorzonych brakiem stosunków, dochodzi do złości, frustracji [11].

Najistotniejszą przyczyną pochwy jest lęk, będący hamulcem psychicznym przed defloracją, stosunkiem, ciążą. Pojawia się często w wyniku urazów psychicznych, wykorzystywania seksualnego w dzieciństwie, rygorystyki religijnej w środowisku rodzinnym, błędów wychowawczych czy też zbyt agresywnego

postępowania na początku życia płciowego u kobiety, która nie była dostatecznie przygotowana do kontaktu płciowego. Istotną rolę w podtrzymywaniu lęku mogą odgrywać jatrogenne zachowania lekarzy, szczególnie ginekologów, którzy, nie znając lub nie rozumiejąc istoty zjawiska, potrafią swoim działaniem zaostriżyć problem. Dotyczy to głównie pierwszego badania ginekologicznego.

Przedstawiciele ujęcia poznawczo-behawioralnego uważają pochwicę za warunkową reakcję lękową lub wyuczoną fobię. Reakcję lękową wzmacnia przekonanie, że penetracji towarzyszy silny ból, dyskomfort.

Dzięki psychoanalizie poznano przypadki pochwicy, których przyczyny miały korzenie w podświadomości kobiet i we wczesnych fazach rozwoju psychoseksualnego. Opisywano, że przyczyną zaburzenia były fantazje kazirodcze, konflikty między miłością i agresją, złe relacje z ojcem, lęk przed mężczyznami, niemożność oddania się partnerowi, odmowa przyjęcia roli kobiecej, obrona kobiety przed rzeczywistością [1].

Wśród kobiet będących w związkach nieskonsumowanych wyróżniono trzy typy:

- „Śpiąca królewna” — charakteryzuje się infantylną postawą wobec seksualności. Kobieta jest przekonana, że członek jest zbyt duży w stosunku do pochwy, może ją poranić;
- „Królowa pszczoł” — brak potrzeby seksualnej, kobieta nie dba o seks, odczuwa jedynie potrzebę macierzyństwa;
- „Brunhilda” — występuje konflikt między miłością i agresją, kobieta nie chce się podporządkować mężczyźnie [10].

Do tej klasyfikacji nawiązuje inny podział, w którym wskazuje się na dwa typy kobiet o neurotycznych cechach osobowości:

- kobieta o infantylnym stosunku do seksualności: u takiej kobiety pod wpływem religijnych lub innych antyseksualnych postaw seksualność została stłumiona, łącząc się ze strachem i poczuciem winy. Kobieta nie akceptuje swojego ciała, zwłaszcza genitaliów, które postrzega jako coś obcego i nieczystego. O sprawach seksualnych jest słabo poinformowana. Informacje mogą być dla niej dostępne, ale ich unika. Nie ma ochoty lub nie jest zdolna do przyjęcia dojrzałej roli;
- kobieta o rywalizacyjnym i agresywnym stosunku do mężczyzny: podporządkowanie seksualne to dla niej przejaw niebezpiecznej słabości; z myślą o penetracji łączy się u niej uczucie podległości. Odczuwa potrzebę konkurowania z mężczyzną i nie chce lub nie potrafi mu się poddać ([10], s. 127).

Drugą przyczyną braku współżycia ze strony kobiet jest dyspareunia. W populacji polskiej występuje u 15,2% ogółu kobiet [9]. Dyspareunia jest zaburzeniem seksualnym objawiającym się bolesnym i utrudnionym współżyciem płciowym. Prawdziwa dyspareunia ma charakter nawrotowy. W zależności od czasu wystąpienia, dzieli się ją na pierwotną lub wtórną, zaś w zależności od częstości występowania objawów — na całkowitą, ciągłą lub sytuacyjną [12]. Z powodu bólu i dużego dyskomfortu kobieta nie jest w stanie odbyć stosunku. Przed każdą próbą współżycia pojawia się silny lęk przed doznaniem bólów, zaś te potęgują następny lęk. Tworzy się system „błędnego koła”. Nieleczona dyspareunia często prowadzi do pochwicy [12].

U mężczyzn najczęstszą przyczyną nieskonsumowanego związku są zaburzenia erekcji, określane również jako zahamowanie podniecenia seksualnego, impotencja. Zaburzenia erekcji o podłożu psychogennym stanowią 36% ogółu zaburzeń erekcji [1].

Do głównych przyczyn tych zaburzeń zalicza się lęk, który jest hamulcem psychicznym przed stosunkiem. W dotychczasowym życiu pacjenta mogły się wydarzyć sytuacje, które wywoływały strach, poczucie winy, niską samoocenę, różne sytuacje zawstydzające. Te przeżycia lub doznania mogą się przekładać na sferę seksualną. Lęk przed kompromitacją, ośmieszeniem jest silnym hamulcem utrudniającym wystąpienie erekcji. Innymi czynnikami mogą być: rygorizm religijny, lęk przed spowodowaniem ciąży, przed zakażeniem. Niemniejszą rolę odgrywają czynniki sytuacyjne, takie jak brak intymności, stresujące zachowania partnerki [13].

Do głębszych intrapsychicznych przyczyn związku nieskonsumowanego należą:

- homoseksualny rozwój osobowości;
- ambiwalentny stosunek do seksu;
- dawne urazy seksualne (molestowanie, gwałt, zbyt bezpośrednie i agresywne postępowanie na początku życia płciowego).

Cel i metoda badania

Procedura badania i charakterystyka badanej grupy

Badaną grupę stanowiło 31 par będących w związkach heteroseksualnych — 31 mężczyzn i 31 kobiet, razem 62 osoby. Dwadzieścia sześć par było w formalnym związku małżeńskim, natomiast 5 par pozostawało w związku nieformalnym. Badane pary zgłaszały się do lekarza psychiatry seksuologa w Poradni Zdrowia Psychicznego i Poradni Seksuologicz-

nej w Warszawie i Przasnyszu w celu rozwiązania problemu — braku współżycia seksualnego w związku. W przypadku 29 par problem dotyczył kobiet (pochwica), w jednej parze obojga małżonków (pochwica u kobiety i impotencja psychogenna u mężczyzny), a w jeszcze jednej tylko mężczyzny (impotencja psychogenna).

Badania przeprowadzono w latach 2002–2006. Procedura obejmowała badanie równoległe partnerów przed rozpoczęciem terapii. Wypełniali oni kwestionariusze pod koniec drugiego spotkania, każdy w oddzielnym pomieszczeniu, bez możliwości porozumiewania się. Pacjentów poinformowano o celu badania, jak również zapewniono ich o pełnej anonimowości. Wszystkie pary, które zgłosiły się do poradni, podjęły leczenie.

Wśród wszystkich badanych osób uwzględniono następujące zmienne demograficzne: wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, warunki zamieszkania, wykonywany zawód, stan cywilny, czas znajomości przed ślubem, czas trwania związku małżeńskiego, czas trwania związku partnerskiego, rodzaj motywacji do podjęcia leczenia, wcześniejsze korzystanie z terapii lub pomocy psychologicznej.

Poniżej przybliżono te zmienne, w celu bardziej szczegółowej charakterystyki badanej grupy.

Wiek

Średnia wieku mężczyzn wynosiła 35 lat. Najmłodszy mężczyzna w grupie miał 24 lata, a najstarszy 45 lat. Największy odsetek stanowili mężczyźni w przedziale wiekowym 30–39 lat (55%), a najmniejszy — w przedziale 40–49 lat (6%). Najmłodsza badana kobieta miała 22 lata, najstarsza — 40 lat. Największy odsetek stanowiły kobiety w przedziale wiekowym 30–39 lat (58%), a najmniejszy w przedziale wiekowym 40–49 lat (13%).

Warunki zamieszkania

Wszystkie pary zgłaszające się do leczenia mieszkały w mieście.

Przedmiotem zainteresowania było ustalenie, czy pary będące w związkach małżeńskich i związkach nieformalnych mieszkają razem we własnym mieszkaniu, mieszkają z rodzicami czy mieszkają osobno.

Największy odsetek par małżeńskich (84,7%) posiadał mieszkanie własnościowe, 3 pary mieszkaly z rodzicami, a jedna para w wynajętym mieszkaniu.

Dwie pary będące w związku nieformalnym nie mieszkaly razem, kolejne dwie pary mieszkaly we własnym mieszkaniu, a jedna para w wynajętym mieszkaniu.

Poziom wykształcenia

Większość badanych mężczyzn (20) posiadała wykształcenie wyższe, 10 — wykształcenie średnie i 1 mężczyzna — zawodowe.

Wśród badanych kobiet obserwowano wyższy odsetek (77,4%) posiadanego wykształcenia wyższego (u mężczyzn wynosił on 65%). Liczbowo przedstawia się to następująco: 24 kobiety posiadały wykształcenie wyższe, 1 kobieta wykształcenie na poziomie licencjatu, a 6 kobiet — wykształcenie średnie. Charakterystyczne w badanych parach było to, że tylko jedna osoba miała wykształcenie zawodowe, natomiast nie było w ogóle osób z wykształceniem podstawowym.

Biorąc pod uwagę wykształcenie osób w poszczególnych związkach, zaobserwowano, że w 18 parach wykształcenie było równorzędne, w 16 u obojga partnerów wyższe, a w 2 średnie. W 8 parach mężczyzna miał wykształcenie średnie, a kobieta wyższe, w 3 parach mężczyzna miał wykształcenie wyższe, a kobieta średnie, w 1 parze — mężczyzna wyższe, a kobieta licencjat i w jeszcze jednej — partner wykształcenie zawodowe, a partnerka średnie.

Wykonywane zawody

Na podstawie analizy danych stwierdzono, że w badanej grupie występuje duże zróżnicowanie zawodowe.

Metody badawcze

Do przeprowadzenia badań wykorzystano:

- 1) Inwentarz Osobowości NEO-FFI Costy i McCrae w przekładzie Zawadzkiego, Strelaua, Szczepaniaka i Śliwińskiej;
- 2) Skalę Więzi Małżeńskiej Szopińskiego;
- 3) Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (ISCL-STAI) Spielbergera, Gorsucha, Lushene'a w przekładzie Wrześniewskiego i Sosnowskiego;
- 4) ankietę własną.

Metody statystycznej analizy danych

W celu ujawnienia różnic w strukturze osobowości, poziomie lęku (stanu i cechy) oraz poczuciu więzi u małżonków/partnerów ze względu na typ związku (małżeński — 26 par, nieformalny — 5 par) wykorzystano test U Manna-Whitneya (nieparametryczny odpowiednik testu t-Studenta dla dwóch populacji niezależnych).

Model nieparametryczny zastosowano ze względu na znaczne różnice wielkości porównywanych prób.

Tabela 1. Wartości statystyk opisowych wyników uzyskanych przez badane kobiety i mężczyzn pozostających w związkach nieskonsumowanych w kwestionariuszu NEO-FFI, kwestionariuszu Spielberga i Skali Więzi Matrzeńskiej

Nazwa skali	Kobiety		Mężczyźni	
	M	SD	M	SD
NEO-FFI				
Neurotyczność	31,23	8,59	15,77	7,84
Ekstrawersja	24,71	7,62	26,26	8,49
Otwartość	29,19	5,70	26,13	5,58
Ugodowość	31,74	6,22	30,00	5,70
Sumienność	32,61	7,22	32,10	6,52
Kwestionariusz Spielberga				
Lęk — stan	44,81	12,16	36,19	12,21
Lęk — cecha	51,45	12,26	36,25	8,13
Skala Więzi Matrzeńskiej				
Współodczuwanie	82,77	9,23	86,61	10,16
Współrozumienie	84,58	8,94	84,39	90,40
Współdziałanie	85,84	7,59	84,90	80,89

Do porównania wyników małżonków/partnerów o krótkim (8 par) i długim stażu (8 par) posłużono się testem *t*-Studenta dla dwóch populacji niezależnych. Natomiast do porównań wewnątrzgrupowych wykorzystano test *t*-Studenta dla dwóch populacji zależnych.

Wyniki przeprowadzonych analiz

Różnice w strukturze osobowości, poziomie lęku i poczuciu więzi w parach małżeńskich i związkach partnerskich

W tabeli 2 przedstawiono wartości statystyki z testu U Manna-Whitneya zastosowanego do przeprowadzenia porównań między wynikami uzyskanymi przez badane kobiety i mężczyzn pozostających w obu typach związków, we wszystkich skalach wykorzystanych w badaniu narzędzi.

Rezultaty przeprowadzonych porównań wykazały, że kobiety pozostające w związku małżeńskim w porównaniu z kobietami ze związków partnerskich odznaczają się niższym poziomem neurotyczności, a także większą ekstrawersją oraz wyższym — na poziomie tendencji — poziomem ugodowości ($p = 0,073$) i sumienności ($p = 0,066$). Ich poziom lęku, zarówno stanu, jak i cechy, jest niższy. Charakteryzuje je także wyższy poziom współrozumienia ($p = 0,057$).

Mężczyźni małżonkowie w porównaniu z mężczyznami pozostającymi w związku partnerskim odznaczają się wyższym — na poziomie tendencji — poziomem ekstrawersji ($p = 0,073$) i ugodowości ($p = 0,094$),

a także wyższym poziomem współdziałania i współrozumienia ($p = 0,081$).

W tabeli 3 zaprezentowano wartości statystyki *t* testu *t*-Studenta dla dwóch populacji zależnych wykorzystanego w celu ujawnienia rozbieżności w strukturze osobowości, poziomie lęku i poczuciu więzi u małżonków i partnerów w związkach nieformalnych.

W związkach małżeńskich żony w porównaniu z mężami charakteryzuje wyższy poziom neurotyczności, a także większa otwartość. Ich poziom lęku (stanu i cechy) jest także wyższy niż mężów. Natomiast poziom współodczuwania mężów przewyższa poziom współodczuwania żon.

W związkach nieformalnych kobiety charakteryzuje wyższa neurotyczność, a także wyższy poziom lęku, zarówno stanu, jak i cechy, w porównaniu z mężczyznami.

Różnice w strukturze osobowości, poziomie lęku i poczuciu więzi u par o krótkim i długim stażu

W tabeli 4 przedstawiono wartości statystyki *t* testu *t*-Studenta dla dwóch populacji niezależnych zastosowanego do przeprowadzenia porównań między wynikami uzyskanymi przez partnerów (kobiety i mężczyzn) ze związków o krótkim i długim stażu, we wszystkich skalach wykorzystanych w badaniu narzędzi.

Rezultaty przeprowadzonych porównań wykazały, że poziom neurotyczności, a także lęku, zarówno stanu ($p = 0,095$), jak i cechy, kobiet z par o krótkim stażu jest wyższy w porównaniu z kobietami ze związków o długim stażu. Natomiast mężczyźni z par o krótkim stażu odznaczają się niższym poziomem otwartości ($p = 0,093$) niż mężczyźni ze związków o długim stażu.

Tabela 2. Wartości statystyki z dla wyników uzyskanych przez kobiety i mężczyzn pozostających w związkach formalnych i nieformalnych w kwestionariuszu NEO-FFI, kwestionariuszu Spielberga i Skali Więzi Matrzeńskiej

Nazwa skali	Związek małżeński		Związek nieformalny		z	p (jednostronnie)
	M	SD	M	SD		
Kobiety						
NEO-FFI						
Neurotyczność	30,08	8,42	37,20	7,53	-1,697	0,045*
Ekstrawersja	25,85	7,25	18,80	7,40	-1,804	0,036*
Otwartość	28,56	4,52	32,40	9,58	-1,078	0,141
Ugodowość	32,48	6,28	28,00	4,85	-1,454	0,073
Sumiennosc	33,15	7,45	29,80	5,67	-1,511	0,066
Kwestionariusz Spielberga						
Lęk — stan	42,31	11,0	57,80	9,98	-2,312	0,011*
Lęk — cecha	49,46	11,74	61,80	10,28	-2,177	0,015*
Skala Więzi Matżeńskiej						
Współodczuwanie	83,19	8,66	80,60	12,80	-0,538	0,296
Współrozumienie	85,58	9,06	79,40	6,77	-1,586	0,057
Współdziałanie	86,23	7,27	83,80	9,81	-0,673	0,251
Mężczyźni						
NEO-FFI						
Neurotyczność	18,88	8,33	15,20	5,22	-0,135	0,447
Ekstrawersja	27,23	7,96	21,20	10,28	-1,454	0,073
Otwartość	25,50	5,24	29,40	6,80	-1,104	0,135
Ugodowość	30,62	5,75	26,80	4,66	-1,318	0,094
Sumiennosc	32,23	6,96	31,40	3,91	-0,566	0,286
Kwestionariusz Spielberga						
Lęk — stan	36,12	12,39	36,60	12,54	-0,108	0,457
Lęk — cecha	36,38	8,09	36,20	9,20	-0,135	0,447
Skala Więzi Matżeńskiej						
Współodczuwanie	86,88	11,09	85,20	1,92	-0,780	0,218
Współrozumienie	85,77	9,46	77,20	5,12	-1,401	0,081
Współdziałanie	86,23	8,48	78,00	8,51	-1,801	0,036*

*p < 0,05

W tabeli 5 zaprezentowano wartości statystyki t testu t-Studenta dla dwóch populacji zależnych wykorzystanego w celu ujawnienia rozbieżności w strukturze osobowości, poziomie lęku i poczuciu więzi u małżonków/partnerów ze związków o krótkim i długim stażu.

Kobiety z par o krótkim stażu w porównaniu z mężczyznami odznaczają się większą neurotycznością, a także wyższym poziomem otwartości (p = 0,078) oraz większym lękiem, zarówno stanu (p = 0,056), jak i cechy. Poziom neurotyczności kobiet z par o długim stażu jest także wyższy niż ich mężów/partnerów. Wyższy jest również poziom ich ugodowości (p = 0,064) oraz lęku, zarówno stanu (p = 0,065), jak i cechy. Natomiast ich poziom współodczuwania, współrozumienia i współdziałania jest niższy.

Podsumowanie i wnioski

Analiza wyników uzyskanych przez osoby pozostające w związkach formalnych i nieformalnych wykazała, że:

- w związkach małżeńskich żony, w porównaniu z mężczyznami, ujawniają wyższy poziom neurotyczności i otwartości oraz wyższy poziom lęku, zarówno stanu, jak i cechy; mężowie zaś charakteryzują się wyższym poziomem współodczuwania;
- w związkach nieformalnych kobiety, w porównaniu z partnerami, charakteryzują się wyższym poziomem neurotyczności oraz wyższym poziomem lęku, zarówno stanu, jak i cechy;
- kobiety pozostające w związku małżeńskim, w porównaniu z kobietami w związkach nieformal-

Tabela 3. Wartości statystyki t dla wyników uzyskanych przez małżonków i partnerów w związkach nieformalnych w kwestionariuszu NEO-FFI, kwestionariuszu Spielbergera i Skali Więzi Matrzeńskiej

Nazwa skali	Kobieta		Mężczyzna		t	p (jednostronnie)
	M	SD	M	SD		
Związek małżeński						
NEO-FFI						
Neurotyczność	30,08	8,42	18,88	8,33	6,285	0,0005*
Ekstrawersja	25,85	7,25	27,23	7,96	−0,764	0,226
Otwartość	28,56	4,52	25,50	5,24	2,361	0,013*
Ugodowość	32,48	6,28	30,62	5,75	1,192	0,122
Sumiennność	33,15	7,45	32,23	6,96	0,420	0,339
Kwestionariusz Spielbergera						
Lęk — stan	42,31	11,0	36,12	12,39	2,539	0,009*
Lęk — cecha	49,46	11,74	36,38	8,09	6,409	0,0005*
Skala Więzi Matżeńskiej						
Współodczuwanie	83,19	8,66	86,88	11,09	−1,878	0,036*
Współrozumienie	85,58	9,06	85,77	9,46	−0,129	0,449
Współdziałanie	86,23	7,27	86,23	8,48	0,000	0,500
Związek nieformalny						
NEO-FFI						
Neurotyczność	37,20	7,53	15,20	5,22	5,034	0,003*
Ekstrawersja	18,80	7,40	21,20	10,28	−0,565	0,301
Otwartość	32,40	9,58	29,40	6,80	0,606	0,239
Ugodowość	28,00	4,85	26,80	4,66	0,327	0,380
Sumiennność	29,80	5,67	31,40	3,91	−0,441	0,341
Kwestionariusz Spielbergera						
Lęk — stan	57,80	9,98	36,60	12,54	2,247	0,044*
Lęk — cecha	61,80	10,28	36,20	9,20	3,298	0,015*
Skala Więzi Matżeńskiej						
Współodczuwanie	80,60	12,80	85,20	1,92	−0,795	0,236
Współrozumienie	79,40	6,77	77,20	5,12	0,585	0,295
Współdziałanie	83,80	9,81	78,00	8,51	1,244	0,141

*p < 0,05

nych, ujawniają niższy poziom neurotyczności oraz wyższy poziom ekstrawersji, ugodowości i sumienności. Charakteryzuje je również wysoki poziom lęku, zarówno stanu, jak i cechy, jednak jest on niższy niż w grupie kobiet pozostających w związkach nieformalnych;

- mężczyźni będących w związkach małżeńskich, w porównaniu z mężczyznami w związkach nieformalnych, charakteryzuje wyższy poziom ekstrawersji i ugodowości oraz wyższy poziom współdziałania i współrozumienia.

W związkach formalnych obserwuje się większą więź małżeńską między małżonkami. Charakteryzyczny jest wysoki poziom współodczuwania ze strony mężów, a poziom współrozumienia i współdziałania jest niemal identyczny pomiędzy małżonkami. Stwarza to szansę większej empatii i możliwości poszukiwania wspólnych, zadowalających rozwiązań.

Współuczestniczenie w tych samych zadaniach zbliża małżonków, pogłębia uczucie sympatii, solidarności i przyjaźni. Kobiety w tych związkach, pomimo że ujawniają wyższy poziom neurotyczności i lęku, prawdopodobnie czują się bezpieczniej w relacji ze współmałżonkiem, łatwiej jest im wyrażać swoje uczucia i oczekiwania, jak również mówić o trudnościach i obawach.

Biorąc pod uwagę długość trwania związku, dokonano analizy 16 par — 8 o krótkim stażu (do 1,6 roku) i 8 o długim stażu (powyżej 5 lat). Rezultaty przeprowadzonych badań wykazały, że:

- kobiety z par o krótkim stażu w porównaniu z kobietami o długim stażu charakteryzuje wyższy poziom neurotyczności i lęku (stanu i cechy);
- mężczyźni z par o krótkim stażu wykazują niższy poziom otwartości niż mężczyźni ze związków o długim stażu.

Tabela 4. Wartości statystyki t dla wyników uzyskanych przez kobiety i mężczyzn ze związków o krótkim i długim stażu w kwestionariuszu NEO-FFI, kwestionariuszu Spielbergera i Skali Więzi Matrzeńskiej

Nazwa skali	Krótki staż		Długi staż		t	p (jednostronnie)
	M	SD	M	SD		
Kobiety						
NEO-FFI						
Neurotyczność	35,63	8,05	28,38	6,61	1,968	0,035*
Ekstrawersja	24,13	7,64	25,50	8,25	-0,346	0,368
Otwartość	27,88	4,70	31,13	7,24	-1,065	0,153
Ugodowość	31,63	6,21	32,88	6,69	-0,387	0,352
Sumiennność	31,88	8,10	35,13	5,25	-0,953	0,178
Kwestionariusz Spielbergera						
Lęk — stan	46,13	8,10	40,63	7,85	1,379	0,095
Lęk — cecha	57,38	10,45	45,75	8,14	2,483	0,013*
Skala Więzi Matrzeńskiej						
Współodczuwanie	84,13	12,21	83,13	4,02	0,220	0,415
Współrozumienie	86,38	12,29	82,63	5,18	0,795	0,223
Współdziałanie	86,13	10,13	85,50	4,24	0,676	0,255
Mężczyźni						
NEO-FFI						
Neurotyczność	13,88	10,52	13,38	6,50	0,114	0,456
Ekstrawersja	25,75	9,22	25,75	11,95	0,000	0,500
Otwartość	24,63	5,58	28,75	6,25	-1,393	0,093
Ugodowość	30,63	7,29	28,13	4,79	0,811	0,216
Sumiennność	30,13	8,92	35,13	5,67	-1,338	0,101
Kwestionariusz Spielbergera						
Lęk — stan	37,00	18,35	34,13	10,47	0,385	0,353
Lęk — cecha	38,25	8,61	34,63	6,21	0,966	0,176
Skala Więzi Matrzeńskiej						
Współodczuwanie	86,13	14,24	91,63	6,02	-1,006	0,166
Współrozumienie	88,00	9,13	88,25	8,66	-0,056	0,478
Współdziałanie	87,00	9,56	89,38	5,88	-0,598	0,285

*p < 0,05

Analizując wyniki różnic w strukturze osobowości, poziomie lęku i poczuciu więzi pomiędzy kobietami i mężczyznami o krótkim i długim stażu związku, stwierdzono że:

- kobiety z par o krótkim stażu odznaczają się wyższym poziomem neurotyczności, otwartości, lęku (stanu i cechy) w porównaniu z mężczyznami. Nie stwierdzono różnic między kobietami i mężczyznami w poziomie współodczuwania, współrozumienia i współdziałania;
- kobiety z par o długim stażu charakteryzuje wyższy poziom neurotyczności oraz ugodowości w porównaniu z mężczyznami; poziom współodczuwania, współrozumienia i współdziałania jest niższy w stosunku do nich.

U kobiet w związkach o krótkim stażu obserwowano istotnie wyższy poziom neurotyczności i lęku (cechy).

Osoby o dużym nasileniu tej cechy mają tendencję do irracjonalnych pomysłów, silnie reagują lękiem, wykazują dużą skłonność do zamartwiania się, jak również łatwo się zniechęcają i załamują w trudnych dla nich sytuacjach. Dominuje u nich również potrzeba bycia lubianym i akceptowanym, co może powodować unikanie wchodzenia w bliższe związki z innymi, jeżeli nie mają pewności bezkrytycznej akceptacji.

W związkach o długim stażu obserwowano u kobiet niższy wskaźnik neurotyczności, poziomu lęku, jak również niższy poziom współodczuwania, współrozumienia i współdziałania. Nie odnotowano natomiast istotnej różnicy u mężczyzn, co może sugerować, że ich postawa w stosunku do partnerek nie zmienia się. Akceptacja, zrozumienie z ich strony mogą mieć ogromny wpływ na dalsze relacje w związku. Dzięki takiej postawie kobieta może czuć się w nim bezpiecznie.

Tabela 5. Wartości statystyki t dla wyników uzyskanych przez małżonków/partnerów ze związków o krótkim i długim stażu w kwestionariuszu NEO-FFI, kwestionariuszu Spielberga i Skali Więzi Matrzeńskiej

Nazwa skali	Kobieta		Mężczyzna		t	p (jednostronnie)
	M	SD	M	SD		
NEO-FFI						
Neurotyczność	35,63	8,05	13,88	10,52	4,151	0,002*
Ekstrawersja	24,13	7,64	25,75	9,22	-0,425	0,342
Otwartość	27,88	4,70	24,63	5,58	1,592	0,078
Ugodowość	31,63	6,21	30,63	7,29	0,313	0,382
Sumiennność	31,88	8,10	30,13	8,92	0,330	0,376
Kwestionariusz Spielbergera						
Lęk — stan	46,13	8,10	37,00	18,35	1,823	0,056
Lęk — cecha	57,38	10,45	38,25	8,61	3,885	0,003*
Skala Więzi Matżeńskiej						
Współodczuwanie	84,13	12,21	86,13	14,24	-0,373	0,360
Współrozumienie	86,38	12,29	88,00	9,13	-0,616	0,279
Współdziałanie	86,13	10,13	87,00	9,56	0,303	0,384
Długi staż						
NEO-FFI						
Neurotyczność	28,38	6,61	13,38	6,50	4,961	0,001*
Ekstrawersja	25,50	8,25	25,75	11,95	-0,077	0,472
Otwartość	31,13	7,24	28,75	6,25	0,797	0,226
Ugodowość	32,88	6,69	28,13	4,79	1,731	0,064
Sumiennność	35,13	5,25	35,13	5,67	0,000	0,500
Kwestionariusz Spielbergera						
Lęk — stan	40,63	7,85	34,13	10,47	1,718	0,065
Lęk — cecha	45,75	8,14	34,63	6,21	3,828	0,003*
Skala Więzi Matżeńskiej						
Współodczuwanie	83,13	4,02	91,63	6,02	-4,907	0,001*
Współrozumienie	82,63	5,18	88,25	8,66	-2,318	0,027*
Współdziałanie	85,50	4,24	89,38	5,88	-2,516	0,020*

*p < 0,05

Niestety, nie można porównać wyników badań z wynikami, które są dostępne w literaturze przedmiotu, ponieważ do tej pory nie zajmowano się badaniem wymiaru neurotyczności, poziomu lęku i więzi w związkach nieskonsumowanych.

Zakończenie

Reasumując, celem pracy była próba odpowiedzi na pytanie, czy istnieją różnice w strukturze osobowości, poziomie lęku i poczuciu więzi u kobiet i mężczyzn pozostających w związkach nieskonsumowanych.

Okazało się, że u kobiet obserwowany jest wyższy poziom neurotyczności; prawdopodobną przyczyną jest koncentrowanie się na dolegliwościach somatycznych (pochwica). Kobiety ujawniają również podwyższoną gotowość do reagowania lękiem (stan i ce-

cha). Prawdopodobną przyczyną takiego stanu rzeczy jest nieumiejętność radzenia sobie w trudnych sytuacjach (ból i napięcie całego ciała, pojawiające się podczas prób współżycia seksualnego).

Nie zaobserwowano statystycznie istotnych różnic pomiędzy mężczyznami i kobietami we współodczuwaniu, współrozumieniu i współdziałaniu. Prawdopodobnie wspólny system wartości i silna więź psychiczna umożliwiają trwanie w związku bez współżycia seksualnego oraz uaktywniają mechanizm sublimacji (dojrzały mechanizm obronny). Dzięki temu partnerzy funkcjonujący w związkach nieskonsumowanych zaspokajają swoje potrzeby w innych niż współżycie płciowe dziedzinach życia. Głównym powodem podjęcia terapii i chęci zmiany takiego stanu rzeczy było pragnienie zostania rodzicami.

Niniejsza praca może stanowić podstawę do podjęcia dalszych, bardziej szczegółowych badań nad

relacjami między partnerami w związkach nieskonsumowanych.

Piśmiennictwo

1. Lew-Starowicz Z. Encyklopedia erotyki. MUZA SA, Warszawa 2001.
2. Imieliński K. Analiza seksuologiczna 43 nieskonsumowanych małżeństw. *Wiadomości Lekarskie* 1971; 24: 1399–1404.
3. Królak J., Czernikiewicz W. Diagnostyka, terapia i rokowanie przypadków nieskonsumowanych małżeństw na podstawie materiału klinicznego. *Pamiętnik III Konferencji Seksuologów*, Katowice 1984; 117–121.
4. Lew-Starowicz Z. Leczenie nerwic seksualnych. PZWL, Warszawa 1991.
5. Zargooshi J. Unconsummated marriage: clarification of aetiology; treatment with intracorporeal injection. *BJU International* 2000; 75–79.
6. Bhatti N.F. A new comprehensive alternative treatment for non-consummated marriage. XVII World Congress Of Sexology, Montreal 2005, <http://abstracts.co.allenpress.com>
7. Lo S. Non-consummation clinic in Hong Kong. XVII World Congress Of Sexology, Montreal 2005, <http://abstracts.co.allenpress.com>
8. Ribner D.S., Rosenbaum T.Y. Evaluation and treatment of unconsummated marriages among orthodox Jewish couples. *Journal of Sex & Marital Therapy* 2005; 31: 341–353.
9. Lew-Starowicz Z. Leczenie zaburzeń seksualnych. PZWL, Warszawa 1997.
10. Kratochvil S. Leczenie zaburzeń seksualnych. Iskry, Warszawa 2002
11. Leiblum S.R. Pochwica. W: Leiblum S.R., Rosen R.C. (red). *Terapia zaburzeń seksualnych*. GWP, Gdańsk 2005.
12. Canavan T.P., Heckman C.D. Dyspareunia, przerwanie milczenia to pierwszy krok w kierunku leczenia. *Medycyna po Dyplomie* 2001; 10: 179–188.
13. Lew-Starowicz Z. Zaburzenia seksualne w praktyce ogólnolekarskiej. Termedia, Poznań 2004.